Les niveaux de compétences

Laurence Compagnon[1], Philippe Bail[2], Jean-François Huez[3], Bertrand Stalnikiewicz[4], Christian Ghasarossian[5], Yves Zerbib[6], Claude Piriou[7], Émilie Ferrat[1], Samuel Chartier[1], Julien Le Breton[1], Vincent Renard[1], Claude Attali[1]

1. Département universitaire d'enseignement et de recherche en médecine générale, université Paris-Est Créteil.
2. Département universitaire de médecine générale, université de Bretagne occidentale, Brest.
3. Département universitaire de médecine générale, université d'Angers.
4. Département universitaire de médecine générale, université de Lille.
5. Département universitaire de médecine générale, université de Paris-Descartes.
6. Département universitaire de médecine générale, université Claude-Bernard, Lyon.
7. Département universitaire de médecine générale, université de Paris Île-de-France Ouest.

exercer 2013;108:156-64.

laurence.compagnon@yahoo.fr

Background. *The tasks and functions of the general practitioners are known and published. We have previously described the 6 competencies required to actually perform these tasks. The description of a model for empowerment and indicators of level for these competencies are still lacking. The literature suggests to start with a theoretical framework developed by experts in the field and then to validate it with students.*

Objectives. *To describe, for each of the competencies, the levels that should be acquired during the third cycle of general practice training.*

Method. *A research group of teachers from several departments of general practice has been created. Its members met quarterly. Each member had the task of coordinating a research local research around one competency. The national group worked through consensus from the data provided by the regional groups and by the literature.*

Results. *3 levels have been described for the third cycle of general practice training: novice, intermediate and competent. For each of the six competencies, 3 levels were analyzed which resulted in several descriptors. Each descriptor has itself been explained by several indicators.*

Conclusion. *Our work has precisely described three levels for each of the competencies that should be acquired during the post graduate curriculum of general medicine. For each level, we gave descriptions of the attributes, in order to allow general practice departments to create internal assessment tools*

Mots-clés

Médecine générale

Niveaux de compétences

Consensus

Key words

General practice

Competency scales

Consensus

Introduction

Les rôles et fonctions du médecin généraliste français ont été définis et publiés dans différents travaux des médecins généralistes européens et français, et pour partie intégrés dans la loi (dite HPST)[1-6]. Le référentiel métier des médecins généralistes (MG) a permis de préciser leurs compétences, rôles et tâches à partir de situations prototypiques[7]. Les six compétences du MG et leur contenu ont été précédemment décrites[8]. Il manquait à cette étape l'identification des apprentissages critiques[9], les niveaux de compétences correspondants et les critères définissant ces niveaux afin de suivre le processus d'acquisition des compétences et d'être en mesure de certifier ces dernières.

Les différents auteurs qui s'intéressent aux compétences en parlent comme d'un savoir-agir complexe, un savoir-intégrer, qui ne peut se développer qu'au contact de situations-problèmes au sein de familles de situations et au travers d'un parcours de développement[9,10]. Ce dernier comporte les étapes parcourues de l'amorce du développement de la compétence jusqu'à l'expertise[10]. Tardif insiste sur l'importance de mener des recherches rigoureuses ayant pour but de préciser et de décrire ces modèles de développement, car ils constituent la référence pour rendre compte des parcours de formation. Il propose de construire des modèles théoriques à partir de l'expérience professionnelle et de l'observation quotidienne, puis de valider ces conceptualisations au fur et à mesure de leurs usages auprès de plusieurs groupes d'étudiants.

Faisant suite à ces propositions, les objectifs principaux de notre travail étaient les suivants : déterminer les étapes de développement des six compétences pour exercer la médecine générale à partir de leurs définitions, utiliser ensuite ces étapes pour définir des niveaux de compétences au cours du troisième cycle de médecine générale afin de décrire ce qui est attendu des internes.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier puis de valider les critères d'évaluation permettant de juger du niveau de compétence attendu de l'interne aux différents moments de sa formation initiale.

Méthode

Consensus non formalisé d'experts, réalisés en deux étapes.

Première étape : constitution d'un groupe national d'experts (GNE) en vue de décrire les compétences du médecin généraliste et leurs composantes, puis de faire des hypothèses sur leur modèle de développement. Les détails sur la constitution et la méthode de travail du GNE ont été décrits dans un précédent article[8]. Trois premiers

séminaires du GNE ont permis de clarifier les concepts et de nommer les compétences transversales génériques nécessaires à l'exercice de la médecine générale, d'écrire une définition précise pour chaque compétence et d'identifier les composantes de chacune d'entre elles[8].
Les quatre séminaires suivants ont permis d'identifier des niveaux documentant le parcours de développement de chaque compétence, de les décrire et d'en donner des indicateurs.
Deuxième étape : constitution de groupes de travail régionaux (GTR) pour enrichir la réflexion du GNE, groupes détaillés précédemment[8]. Les GTR avaient notamment pour objectifs d'initier l'élaboration de niveaux pour chaque compétence et de proposer des descripteurs et des indicateurs de ces niveaux.
Les différentes étapes ont ainsi permis de proposer, de nommer et de décrire les composantes des compétences génériques transversales, les niveaux génériques du développement de la compétence en médecine générale, puis les niveaux pour chaque compétence transversale, et enfin les indicateurs de ces niveaux.
Parallèlement, les GTR ont mis en place des recherches qualitatives par focus groupes d'internes pour obtenir une validation des propositions du GNE. La phase de validation des données sur les indicateurs de niveaux ainsi obtenues doit passer par une dernière étape d'analyse qualitative du verbatim de discours d'internes des différents niveaux obtenus au cours des focus groupes. Cette phase est encore en cours à l'heure actuelle.

Résultats

Les niveaux génériques

Cette recherche a défini quatre niveaux disciplinaires génériques. Novice, intermédiaire, compétent et expert. Ce dernier, qualifiant le professionnel expérimenté, sortait du cadre de ce travail, car son évaluation ne dépend pas du troisième cycle de médecine générale mais relève de la formation continue. Les attributs attendus des internes pour chacun des niveaux ont été décrits de même que la temporalité attendue pour chaque niveau (tableau 1). Cette étape a permis ensuite de construire les niveaux pour chaque compétence.

Les niveaux de compétence

Ce travail a ensuite permis de préciser comment évoluait chaque compétence en fonction des trois niveaux au cours du cursus de troisième cycle de médecine générale. Ces niveaux pour chaque compétence sont décrits dans les tableaux 2 à 7.
Le parcours de développement de chaque compétence, dont la définition est rappelée, est divisé en trois niveaux : novice, intermédiaire et compétent, correspondant aux trois niveaux attendus au cours du cursus de troisième cycle de médecine générale.
Pour chaque niveau sont déclinés trois à dix descripteurs précisant ce qui est attendu de l'interne.

Niveau générique	Attribut des internes
L'interne novice De l'entrée dans le DES à la moitié du stage de niveau 1	• Possède des notions sur les spécificités de la discipline et les compétences nécessaires à acquérir pour exercer la MG
	• Accepte *a minima* le projet proposé
	• À conscience qu'il opère sur l'être humain
	• Est apte à supporter une part d'incertitude
	• À conscience de la difficulté (complexité) des problèmes auxquels il va être confronté
	• Envisage qu'il va devoir couvrir l'ensemble du champ de la discipline (champ et fonctions)
	• Montre un début de questionnement sur sa pratique antérieure et actuelle
L'interne intermédiaire De la moitié du stage de niveau 1 au milieu du SASPAS	• Est en mesure de faire le lien entre théorie enseignée et la pratique observée et /ou exercer (identifie les capacités, connaissances, habiletés nécessaire à l'exercice de la compétence)
	• À pris conscience de ce qui est demandé et participe activement à son propre développement
	• Améliore sa capacité d'autonomie en s'appuyant sur une meilleure confiance en soi (prenant progressivement de l'assurance)
L'interne compétent Fin de cursus/après le SASPAS	Dans les situations courantes :
	• Agit en autonomie et assume ses responsabilités
	• Collabore efficacement avec les autres intervenants
	• Possède une approche centrée patient
	• S'interroge sur sa pratique

Tableau 1. Les niveaux génériques des compétences en médecine générale

Chaque descripteur est explicité par des indicateurs sous la forme « On attend qu'il … » décrivant ce qui devra être recherché dans les performances observées et rapportées ou dans les traces écrites d'apprentissage pour inférer le niveau de compétence.

Ces indicateurs seront publiés ultérieurement lors d'articles consacrés à chaque compétence. À titre d'illustration, voici un exemple dans la compétence « Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire ». L'un des descripteurs du niveau « novice » est : « Se sent responsable de la gestion de la santé du patient ».

Définition : capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte l'idée qu'il doit entrer en relation avec le patient pour exercer la médecine générale
	• Connaît quelques fondements théoriques de la communication, la différence entre relation et communication
	• Connaît les caractéristiques fondamentales de la relation médecin-malade
	• Identifie les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repère que l'acquisition des compétences et des capacités dans le domaine de la relation et de la communication doit faire l'objet d'une formation
	• Mène un entretien directif, interprète les données avec une grille de lecture majoritairement de nature « biomédicale », y perçoit des limites en termes de perception et de compréhension de la situation clinique
	• Utilise principalement une communication verbale
	• Explique les décisions et espère obtenir l'adhésion du patient
	• Communique avec l'entourage des patients à partir de ce qu'il pense être important pour le patient
	• Communique avec différents intervenants en utilisant différents médias
Niveau intermédiaire	• Identifie les données communicationnelles et relationnelles qui participent à la démarche décisionnelle
	• Dans l'analyse d'une consultation, peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions (voir aussi approche globale et complexité)
	• Dans les situations courantes, construit une relation en s'appliquant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient
	• Accepte l'idée que l'on ne peut pas tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation
	• Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles
	• Communique avec l'entourage du patient, en utilisant les mêmes habiletés qu'avec le patient, en étant attentif au secret médical
	• Met en œuvre une relation avec les intervenants (y compris paramédicaux et médicosociaux) en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique
Niveau compétent	• En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier
	• Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux
	• Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
	• Lors de situations et/ou de relations qui posent problème (agressivité, séduction, sympathie, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci
	• Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être remis en cause
	• Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage
	• Met en œuvre, avec les intervenants médicaux, médicosociaux et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient

Tableau 2. Niveaux de la compétence « Relation, communication, approche centrée patient »

Ses indicateurs sont les suivants :
On attend qu'il :
- *tente d'assumer la responsabilité de la santé du patient sans respecter son autonomie et sans lui laisser cette responsabilité ;*
- *mette en avant les risques pour le patient de devenir malade plutôt que les avantages attendus pour la qualité de vie et la promotion de la santé.*

Discussion

Notre travail a permis de décrire trois niveaux de compétences attendus au cours du cursus de DES de médecine générale. Ces niveaux débutent à l'entrée du troisième cycle de MG par le niveau « novice », suivi, après le stage ambulatoire de MG, par le niveau « intermédiaire » et aboutissant en fin de cursus au niveau « compétent ». Dans chaque niveau, des descriptions des attributs attendus sont proposés. Ces descripteurs pourront permettre aux départements de médecine générale (DMG) de créer des outils d'évaluation des internes aux différents moments de leur cursus. Ils permettront de préciser les objectifs de formation par compétence à inclure dans les programmes. Cela devrait faciliter la bascule des DMG dans le paradigme de l'apprentissage par compétences proposé par le CNGE.
Un certain nombre de limites persistent. Ce travail a utilisé la méthode du consensus d'experts non formalisé selon la méthode décrite plus haut pour chaque étape du développement du modèle ; il reste à valider ces

Définition : capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (EBM, Engel, etc.) quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Explore certains aspects de la situation clinique en les segmentant de façon analytique et en privilégiant l'aspect biomédical aux dépens des aspects psychosociaux
	• Utilise le temps de la consultation et de l'examen clinique pour le recueil des données principalement biomédicales
	• Entrevoit qu'il existe des données psychosociales, culturelles, éthiques, juridiques et administratives dans la démarche décisionnelle et qu'il est nécessaire de les prendre en compte
	• Accepte l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se centrer sur sa maladie, mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui
	• Cherche à améliorer ses connaissances pour trouver la bonne réponse à une situation
Niveau intermédiaire	• À conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique
	• Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation (voir le référentiel métier compétence)
	• Lors d'une consultation, il peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le sens de ses propres réactions et celles du patient dans le but d'aider ce dernier
	• Est en mesure de réévaluer une situation, de changer d'analyse de cette situation lors des recours suivants pour intégrer de nouvelles données après réflexion
	• Change de registre pour comprendre mieux la situation et modifie sa posture initiale si besoin
	• À conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient)
	• Accepte l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait, prend en compte une partie de la complexité en situation. Reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle
Niveau compétent	• Dans les situations habituelles, tient compte des données émanant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient
	• Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser
	• Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente en les hiérarchisant
	• Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
	• En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture
	• Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique pour le patient
	• Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle

Tableau 3. Niveaux de la compétence « Approche globale, prise en compte de la complexité »

données par des travaux complémentaires. C'est ce qui a été entrepris en réalisant des focus groupes d'internes de chaque niveau pour chacune des six compétences. Au total, près de cinquante focus groupes ont eu lieu, à raison de deux ou trois focus par niveau pour chaque compétence. Cette importante base de données est actuellement en cours d'analyse par le biais de travaux de thèses dans chaque GTR. L'analyse des verbatims devrait permettre de vérifier si les internes renseignent leur niveau de compétence de la même manière que cela a été postulé par les experts.

Nous avons trouvé très peu de données dans la littérature en rapport avec notre travail. C'est pourquoi nous avons utilisé un consensus d'experts, habituellement utilisé lorsqu'il n'existe pas de données valides et stables dans la littérature concernant le sujet étudié. Notre méthode de travail est un peu différente de celles proposé par la HAS[11]. Nous avons fait appel à la mise en commun de la réflexion des experts, non anonymisée, par discussion successive des points apportés par les GTR afin de gagner en pertinence, sans utiliser de méthode Delphi, ni de groupe nominal qui présentent des limites lorsqu'il s'agit de décrire des phénomènes complexes[12].

Notre démarche est cohérente avec l'idée de Jacques Tardif qui défend que lorsqu'il n'existe pas de données permettant l'élaboration et la stabilisation d'un modèle d'apprentissage des différentes compétences, il est nécessaire de construire des modèles théoriques à partir de l'expérience professionnelle et de l'observation quotidienne. Il ajoute qu'il faut ensuite planifier de confirmer ces conceptualisations au fur et à mesure de leur usage auprès de plusieurs groupes d'étudiants.

Une des difficultés a été de délimiter la temporalité des niveaux. Cela a été particulièrement ardu pour le niveau « novice » : devait-on le faire débuter à l'entrée du troisième cycle ou bien l'envisager se poursuivant jusqu'au stage ambulatoire de premier niveau ? Les propositions d'indicateurs du niveau « novice » doivent-elles être simplement observationnelles (décrivant le niveau actuellement observable en fin de deuxième cycle) ou bien prescriptives (décrivant ce que l'on souhaite obtenir quand ils atteignent ce niveau, et donc proposant des prérequis à délivrer dans le deuxième cycle) ? Le choix de la position du curseur peut être laissé aux utilisateurs à partir des données produites.

Notre recherche a permis d'aboutir à un modèle proche d'un modèle de développement de la compétence, décrivant un parcours qui inclut les étapes de novice, intermédiaire et compétent. Tardif propose comme échelle de développement une échelle à six niveaux : débutant,

Définition : capacité à accompagner le patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste
	• Définit ce que recouvrent les trois niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire
	• Possède des notions de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses trois niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient (se reporter aux définitions dans le mode d'emploi)
	• Se sent responsable de la gestion de la santé du patient
	• Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur son propre raisonnement et sans tenir compte des représentations du patient
Niveau intermédiaire	• Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin
	• Réalise les démarches et gestes de prévention dans les situations les plus simples
	• Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant
	• Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient
	• Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient
Niveau compétent	• Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient
	• Accompagne le patient dans une démarche d'éducation à sa santé (posture d'éducateur)
	• Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient
	• Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient

Tableau 4. Niveaux de la compétence « Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire »

novice, intermédiaire, compétent, maître, expert, qui s'étendent sur l'ensemble du parcours de formation[10] ; le choix de nos trois niveaux correspond aux objectifs du troisième cycle, en postulant que le niveau débutant se situe dans le deuxième cycle des études tandis que les niveaux « maître » puis « expert » ne pourront être observés qu'au cours du parcours professionnel postuniversitaire. Le choix des trois niveaux s'est fait compte tenu d'une part de la bascule dans l'acquisition de ces compétences au cours ou en fin de stage ambulatoire de premier niveau, d'autre part de la définition attendue à l'entrée et la sortie du cursus. Il nous semble que le terme de « compétent » reflète bien ce qu'on attend du jeune médecin au sortir de sa formation initiale.

L'analyse de la formation à la compétence comme le propose Monique Chaput[13] nécessite, après la création du modèle de développement, de définir les étapes d'acquisition et leur étalement dans le cursus. Il faut alors donner des exemples de tâches, de contextes et de ressources à mobiliser, définir les profils de compétence et le niveau « acceptable » (comportements/performances attendus) pour chaque niveau, afin de créer des échelles d'appréciation ou grilles d'évaluation. Nos descripteurs pourront donner lieu à la création d'outils d'évaluation de la mobilisation des ressources. Notre travail débouche sur un modèle qui devrait permettre aux DMG d'entreprendre des recherches-actions pour évaluer la faisabilité et vérifier, en les utilisant, la validité des outils. Tardif nous indique que, idéalement, tout modèle cognitif de l'apprentissage d'une compétence devrait émerger de recherches visant à comprendre, décrire et documenter le développement du domaine concerné.

Il existe peu de travaux cherchant à définir des niveaux de compétences en médecine générale. Allen et al. ont développé une méthode pour défi-

Définition : capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte toutes les plaintes qui lui sont faites, en particulier du champ biomédical
	• Évoque et identifie les grandes urgences vitales et sait prévenir les structures d'urgences pour les adresser dans les services adéquats
	• Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face
Niveau intermédiaire	• Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que patient et tenant compte des prévalences liées au contexte
	• Fait des tentatives de repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient ; mais peine à élargir sa vision centrée maladie et a besoin de soutien sous la forme de supervision pour se centrer patient
	• Décide sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient
	• Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties
	• Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure
	• Élargit le contenu de la consultation à la prise en compte d'autres problèmes de santé
Niveau compétent	• Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions
	• S'organise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins
	• Fait des diagnostics de situation
	• Évoque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (cf. suivi)
	• Évoque la possibilité de symptômes biomédicalement inexpliqués (SBI)
	• Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient
	• Gère les urgences ressenties par le patient
	• Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités

Tableau 5. Niveaux de la compétence « Premier recours, urgences »

nir un niveau de compétence suffisant pour la certification des jeunes médecins généralistes canadiens[14]. Leur équipe a travaillé à partir d'un consensus d'experts selon une méthode Delphi modifiée, en partant des données recueillies par questionnaire auprès d'un groupe randomisé de praticiens participant aux examens de certification du Collège de médecine de famille du Canada. Dans le travail d'Allen, 163 questionnaires ont été analysés et codés par deux groupes d'experts. Le premier groupe se concentrait sur les situations et problèmes que le jeune médecin devait être capable de résoudre. L'autre groupe d'experts se centrait sur la définition des dimensions de la compétence. Ces dimensions étaient au nombre de six, cinq concernant les attitudes et la sixième la phase de rencontre clinique. Si les auteurs ont donné des éléments pour circonscrire le domaine d'activité, ils n'ont pas proposé de méthode pour évaluer les performances au sein des situations proposées ou dans les six domaines retenus.

Notre proposition définit de manière plus approfondie des niveaux intermédiaires durant le cursus et propose des descripteurs de niveaux. Nous avons choisi de définir des niveaux au sein des compétences et non de la complexité des situations. Il est théoriquement possible, pour définir un niveau, de former l'étudiant à des situations de complexité croissante, en vérifiant l'évolution des performances répétées en fonction de la complexité. Dans un système d'évaluation authentique, il est difficile de maîtriser les situations d'évaluation bien que les situations d'apprentissage et d'évaluation soient les mêmes, car elles restent floues et complexes. Nous avons cependant tenu compte des degrés de complexité des situations en notant par exemple :

Définition : Capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

Niveau	Description du niveau
Niveau novice	• Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients
	• Utilise le dossier médical
	• Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin
	• Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins
	• Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants
	• Met en place une relation médecin-malade fondée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites
	• Se rend disponible pour la permanence des soins
Niveau intermédiaire	• Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations
	• Prend en compte les problèmes et les plaintes afin d'organiser le suivi
	• Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche
	• Utilise et renseigne le dossier médical dans une optique de suivi
	• Fait le lien entre les différents moments ponctuels de recours
	• Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicosociaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
Niveau compétent	• Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi
	• Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient
	• Utilise le temps comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient
	• Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères bio-psycho-sociaux
	• Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient
	• Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage
	• Collabore à la continuité et la coordination du maintien à domicile
	• Participe à l'organisation de l'accessibilité aux soins, y compris lors de ses absences

Tableau 6. Niveaux de la compétence « Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient »

« dans des situations prévalentes/habituelles » ou « des situations de complexité modérée ». Au-delà de l'évaluation des performances en situation de soins, cette approche cognitivo-comportementale permet d'inférer les apprentissages à partir des interactions avec les enseignants mais aussi à partir des traces écrites des apprentissages réalisées d'après des situations vécues en stage. C'est ainsi par exemple que les propositions « l'interne accepte de… », en particulier chez le novice, pourront être inférées à partir des entretiens et/ou des travaux qu'il produira.

Les niveaux de chaque compétence ont été décrits après que nous ayons déterminé le contenu de niveaux dits « génériques ». Ces derniers tentaient de définir les contours des capacités de l'interne à chaque niveau, pour la médecine générale. Cela a structuré notre recherche ultérieure en permettant de relire de façon transversale et longitudinale nos hypothèses de niveau de compétence pour vérifier qu'elles étaient cohérentes avec les niveaux génériques.

Perspectives

Il aurait été possible de pousser la recherche plus loin en proposant pour chaque descripteur les situations possibles d'évaluation auxquelles pouvait être confronté l'interne, dans le cadre de tâches intégratrices. Il nous a paru plus opportun de laisser le loisir aux responsables de l'évaluation des DMG de créer leurs outils en décidant des situations les mieux adaptées pour évaluer les niveaux de compétences. Toutefois, des projets de recherches-actions pourront être initiés *a posteriori* après expérimentation de notre référentiel de niveaux. Ces recherches pourraient délimiter les situations les plus propices. Un travail national sur les situations de soins est proposé par ailleurs dans ce numéro afin de définir quelles situations ou familles de situations sont les plus représentatives ou prototypiques de la profession[15].

Conclusion

Notre modèle, construit comme un modèle théorique à partir de l'expérience professionnelle et pédagogique des experts, est la première étape de cette recherche. L'étape suivante, à partir d'une recherche-action, consistera à documenter le modèle. Il faut donc valider auprès des internes ce modèle théorique. Cela peut être fait à la fois en situation de soins mais aussi à partir de la lecture des traces écrites d'apprentissage.

Il serait intéressant pour la profession de décrire les niveaux de maître et d'expert afin de permettre à la FMC d'avoir des objectifs de qualité. Cela permettrait aux médecins de s'approprier l'idée que la construction de leur compétence se poursuivra tout

Définition : capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

	Description du niveau
Niveau novice	• Entrevoit un projet professionnel
	• Accepte son rôle d'interne
	• Présente un engagement altruiste envers le patient
	• Participe aux formations théoriques et pratiques du DES
Niveau intermédiaire	• Manifeste un engagement pour la médecine générale
	• S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques
	• Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences
	• Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel
	• Organise son temps de travail
Niveau compétent	• Assume sa responsabilité envers le patient et la société
	• Collabore avec les autres soignants
	• Organise son outil et son temps de travail
	• Améliore ses compétences
	• Prend en charge le patient avec altruisme
	• S'implique dans le rayonnement de la discipline

Tableau 7. Niveaux de la compétence « Professionnalisme »

au long de leur vie professionnelle. En attendant, il importe de pouvoir certifier la compétence des médecins au niveau « compétent ». Le CNGE se soucie de cette certification depuis plusieurs années[16]. Pour y parvenir, il faudra déterminer les procédures à mettre en place pour permettre sa mise en œuvre[17], « mettre en place des outils d'évaluation et d'autoévaluation permettant une évaluation authentique des compétences qui serviront à la procédure de validation » et s'en donner les moyens.

Résumé

Contexte. *Les tâches et fonctions des médecins généralistes sont connues et publiées. Les six compétences permettant de les réaliser efficacement sont décrites. Il manque encore la description d'un modèle de développement de ces compétences et des indicateurs de niveau. La littérature propose de commencer par faire élaborer un parcours théorique par les experts de la discipline puis de le faire valider en l'utilisant avec les étudiants.*

Objectifs. *Décrire des niveaux pour les compétences à acquérir au cours du troisième cycle de médecine générale.*

Méthodes. *Consensus non formalisé d'experts. Un groupe de recherche national issu de plusieurs départements de médecine générale a été créé. Ses membres se sont réunis trimestriellement. Chacun des membres avait pour tâche de coordonner les recherches d'un groupe régional autour d'une compétence. Le groupe national a travaillé en recherchant un consensus à partir des données proposées par les groupes régionaux et les données de la littérature.*

Résultats. *Trois niveaux ont été décrits dans le troisième cycle de médecine générale : novice, intermédiaire et compétent. Pour chacune des six compétences, les trois niveaux ont été déclinés en descripteurs à l'issue de leur analyse. Chaque descripteur a lui-même été explicité par plusieurs indicateurs.*

Conclusion. *Ce travail a permis de décrire précisément trois niveaux de compétences attendus au cours du cursus de DES de médecine générale. Dans chaque niveau, des descriptions des attributs ont été proposées. Elles pourront permettre aux départements de médecine générale de créer des outils d'évaluation des internes.*

Références

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale–médecine de famille. Wonca Europe, 2002. Disponible sur : http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf.
2. Wainsten JP, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. exercer 1992;16:4-6.
3. Gay B. Les bases théoriques de la médecine générale. exercer 1995; 30:4-7.
4. Pouchain D, Attali C, de Butler J et al. Médecine générale - Concepts et Pratiques. Paris : Masson,1996.
5. http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html.
6. MG Form. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Paris : Osmose, 1999.
7. CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.
8. Compagnon L, Bail P, Huez JF, et al. Définition et description des compétences en médecine générale. exercer 2013;108: 148-55.
9. Scallon G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence. Québec : éditions du Renouveau pédagogique, 2004.
10. Tardif J. L'évaluation des compétences. Montréal : éditions de la Chenelière, 2006.
11. Haute autorité de santé. Recommandations par consensus formalisé. Fiche méthodologique. Paris : HAS, 2010.
12. Schön D. À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes, in : Savoirs théoriques et savoirs d'action. Paris : PUF, 1996:201-22.
13. Chaput M. Déclinaison commune de la compétence de la collaboration. In Congrès de la SIFEM : Grenoble, 2009.
14. AllenT, Brailovsky C, Rainsberry P, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medecine. Dimensions of competence and priority topics for assessmemt. Can Fam physician 2011;57:e31-40.
15. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr-Drylewicz AM. Les grandes familles de situation clinique en médecine générale. exercer 2013; 108:165-9.
16. Attali C, Ghasarossian C, Bail P, et al. La certification de la compétence des internes de médecine générale : mode d'emploi. exercer 2005;74:96-102.
17. Ghasarossian C, Chevallier P, Bail P, et al. Comment faire en pratique pour mettre en place dans les départements de médecine générale une pédagogie centrée sur les apprentissages et une procédure de certification ? exercer 2005;74:103-5.